

УДК 316.64

СОЦИАЛЬНЫЕ УСТАНОВКИ СТУДЕНТОВ В ОТНОШЕНИИ ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ РАЗЛИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Ю. С. Смирнова, С. В. Позняк

В статье приводятся результаты эмпирического исследования социальных установок студентов в отношении людей, страдающих психическими заболеваниями, рассматриваются различия в содержании установок в зависимости от характера психического заболевания, проводится их прототипический анализ. Результаты анализируются в контексте проблемы предубеждений и стигматизации при психических заболеваниях.

Ключевые слова: *социальная установка, предубеждение, стигматизация, прототип.*

В современном обществе можно обнаружить немало примеров социальных категорий, представители которых подвергаются остракизму, дискриминации, изоляции, становятся объектом враждебного отношения, различного рода предубеждений со стороны окружающих. С представителями таких социальных групп поддерживается большая социальная дистанция. Им приписывается наличие негативного атрибута, дискредитирующего их в глазах окружающих, вызывающего социальное неприятие. Такой атрибут (или знак такового) получил в социальной психологии название «стигма». Стигма выступает как ярлык, клеймо, а процесс навешивания такого ярлыка, «клеймения» получил название «стигматизация». Как правило, стигматизации подвергаются группы, которые уязвимы и нуждаются в социальной поддержке.

Среди стигматизированных социальных категорий – люди, страдающие психическими заболеваниями. Предубеждения и стигматизация в отношении психически больных усугубляют их психическое самочувствие, мешают их реабилитации и адаптации в обществе, снижают самооценку, ведут к искажению социальной идентичности, формированию выученной беспомощности и другим неблагоприятным эффектам. По точному выражению А. Финзена, «страдания под воздействием стигмы, предубеждений, диффамации и обвинений становятся второй болезнью» [1, с. 25]. Стигма психического заболевания может переходить и на родственников стигматизированных,

превращая их в жертв предубеждений и дискриминации. Не случайно преодоление стигматизации, предубеждений и дискриминации провозглашается Всемирной организацией здравоохранения в качестве одного из приоритетных направлений в области политики по отношению к психическому здоровью. Актуально изучение распространенных в обществе социальных установок в отношении психически больных людей.

На проблему предубеждений и стигматизации психически больных указывалось неоднократно зарубежными и отечественными исследователями [1; 2; 3; 4; 5]. Их работы концентрируют внимание либо на отношении окружающих к представителям социальной категории «психически больные» в целом, либо на отношении к людям, страдающим одним определенным психическим заболеванием. Такой подход не позволяет судить о степени различий в установках в отношении людей с разными по своей этиологии и проявлениям психическими заболеваниями. Некоторые позитивные сдвиги в представлениях об обладателях ярлыка «психически больной» в направлении их дифференциации уже наметились: среди меток, клеймящих психически больных, появились «более мягкие» и «более жесткие», а это означает шаг к пониманию того, что психически больные не являются однородной группой и требуют учитывать различия в отношении к ним [6, с. 138–139]. Общественное мнение о психически больных зависит и от того, о какой болезни идет речь: «существуют диагнозы, которые не обязательно означают психическое расстройство» [6, с. 134]. На структуру, содержание и валентность социальных установок в отношении стигматизированных влияют особенности самого психического расстройства: причины возникновения, симптоматика, длительность, характер течения, прогноз в лечении [7, с. 175; 5, с. 6]. Однако подобной дифференциации по-прежнему препятствует иной стереотип, усугубляющий неблагоприятные эффекты стигматизации независимо от диагноза и тяжести заболевания: «все, кто лечится у психиатра, – психически больные» [6, с. 144]. Для выявления различий в содержании социальных установок в отношении людей, страдающих разными психическими заболеваниями, проведено эмпирическое исследование.

В исследовании участвовали 90 студентов в возрасте от 20 до 24 лет, обучающихся на факультетах естественнонаучного и гуманитарного профиля. 46,6 % – респонденты мужского пола, 53,4 % – женского. Для сбора данных применялся метод семантического дифференциала с использованием биполярных шкал, разработанных Ю. С. Смирновой [8] и А. Я. Серебрянской [9]. Респондентам предлагалось по 7-балльной системе охарактеризовать психически больных с помощью 50 биполярных шкал. Предметом исследования стали предубеждения в отношении психически больных со следующими психическими расстройствами – шизофрения, эпилепсия, фобия, депрессия и умственная отсталость. Данные психические расстройства

были выбраны для исследования в силу их широкой распространенности, а также высокой степени стигматизированности их обладателей. Различный характер расстройств, различный генез, симптоматика позволяют оценить, насколько эти факторы могут влиять на предубежденность в отношении стигматизированной группы психически больных людей.

Полученные в исследовании данные были подвергнуты статистической обработке с использованием факторного анализа с Varimax-вращением, а также критерия χ^2 Пирсона и таблиц сопряженности. По результатам факторного анализа принято решение о выделении 9 факторов (суммарный процент объясненной дисперсии равен 48,084).

«Фактор 1» (объясняет 6,927 % дисперсии) составили следующие шкалы: имеет возможность изменить, исправить ситуацию – не имеет возможности изменить, исправить ситуацию (–0,703); неполноценный – полноценный (0,646); обречен – не обречен (0,607); не имеет надежды на лучшее – имеет надежду на лучшее (0,597); умный – глупый (–0,448). Фактор был назван *стабильность*; он отражает отрицание респондентами возможности психически больных измениться, справиться со своим состоянием, указывает на устойчивость их личностных особенностей.

«Фактор 2» (объясняет 6,391 % дисперсии): уверенный – неуверенный (0,678); смелый – робкий (0,603); самостоятельный – беспомощный (0,590); сильный – слабый (0,563); свободный – зависимый (0,481); открытый – замкнутый (0,428); успешный – неприспособленный (0,419). Данный фактор включает утверждения, оценивающие положение психически больных как благополучное. Болезнь не накладывает отпечаток на особенности больных, они сами пользуются ею для достижения своих целей. Данный фактор получил название *благополучие*.

«Фактор 3» (объясняет 5,953 % дисперсии): не вызывает уважения – вызывает уважение (0,695); вызывает злость, негодование – не вызывает злость, негодование (0,570); жалкий – достойный (0,552); вызывает неприязнь, негативное отношение – вызывает симпатию, позитивное отношение (0,552); вызывает непонимание – вызывает понимание (0,537). Фактор *враждебное отношение* включает в себя утверждения о негативном отношении к психически больным, которое выражается в категоричности и открытом выражении негативных эмоций в адрес психически больных.

«Фактор 4» (объясняет 5,755 % дисперсии): эгоист – альтруист (0,678); хитрый – простодушный (0,614); добрый – черствый (–0,577); бескорыстный – расчетливый (–0,517); враждебный – дружелюбный (0,467). Данный фактор получил название *моральное осуждение*; включает утверждения, дающие негативную оценку моральным качествам психически больных.

«Фактор 5» (объясняет 4,938 % дисперсии): преступный – не является преступным (0,702); опасный – неопасный (0,653); вредит другим, обще-

ству – не вредит другим (0,530); спокойный – агрессивный (–0,431). Данный фактор включает утверждения, согласно которым психически больной представляет собой человека, поведение которого не соответствует общепринятым стандартам поведения и может нанести вред обществу. Фактор получил название **социальная девиация**.

«Фактор 6» (объясняет 4,903 % дисперсии): вызывает жалость, сочувствие – не вызывает жалости, сочувствия (0,608); нуждается в помощи и поддержке – не нуждается в помощи и поддержке (0,586); вызывает безразличие – небезразличен (–0,494); хочет и стремится измениться, исправить ситуацию – не хочет и не стремится измениться, исправить ситуацию (0,478). Этот фактор, получивший название **потребность в заботе**, включает утверждения о признании респондентами необходимости оказывать поддержку психически больным.

«Фактор 7» (объясняет 4,781 % дисперсии): порядочный – непорядочный (0,630); понятный – непонятный (0,622); предсказуемый – непредсказуемый (0,549). Данный фактор, получивший название **простота**, включает утверждения, которые отражают мнение респондентов о неспособности больных к неожиданным поступкам, о предсказуемости поведения, отсутствии скрытой мотивации.

«Фактор 8» (объясняет 4,309 % дисперсии): безответственный – добросовестный (0,653); ленивый – старательный (0,520); равнодушный – отзывчивый (0,493); слабовольный – волевой (0,426). Этот фактор – **пассивная установка** – включает утверждения, отражающие низкую активность психически больных, обусловленную личностными особенностями или заболеванием.

«Фактор 9» (объясняет 4,126 % дисперсии): интересный – неинтересный (0,575); заурядный – талантливый (–0,509); неординарный – обычный (0,494); простой – сложный (–0,432). Этот фактор, получивший название **необычность**, характеризуется приписыванием психически больным творческого потенциала, необычных способностей, которые делают их «непохожими» на остальных членов общества.

Полученные в ходе факторного анализа факторные рейтинги использовались для построения факторных разрезов, в ранжировании и последующем разделении факторных значений на четыре квартиля (по 25 %). Для установления различий в социальных установках студентов по отношению к разным категориям психически больных новые переменные, полученные при построении факторных разрезов, подвергались перекрестному анализу с помощью критерия χ^2 Пирсона. Были получены статистически значимые различия ($p < 0,001$) в представлениях студентов в отношении психически больных с различными по характеру психическими расстройствами по факторам «стабильность», «благополучие», «враждебное отношение», «моральное осуждение», «простота», «социальная девиация», «пассивная установка», «необычность». Полученные результаты представлены в таблице.

Таблица

**Различия в представлениях студентов о психически больных людях
в зависимости от характера психического расстройства**

При- знак	Психические расстройства				
	Шизофрения	Эпилепсия	Депрессия	Фобия	Олигофрения
Стабильность	стабильность психического состояния больных, отрицание возможности улучшений, обреченность	стабильность психического состояния больных, отрицание возможности изменений, улучшений	больные не воспринимаются как обреченные; возможность улучшения состояния	больные не воспринимаются как обреченные; возможность улучшения состояния	стабильность психического состояния больных, невозможность выздоровления
Благополучие	положение оценивается как благополучное – больные свободные, смелые, уверенные, успешные	положение оценивается как благополучное – больные свободные, смелые, уверенные, успешные	болезнь накладывает отпечаток на уверенность, успешность, свободу, самостоятельность больных	болезнь накладывает отпечаток на уверенность, успешность, свободу, самостоятельность больных	средние оценки
Враждебное отношение	средние оценки	в отношении больных нет категоричной оценки, больные не вызывают неприязненного отношения, злости	открытое выражение негативных эмоций в адрес больных	средние оценки	средние оценки
Моральное осуждение	негативная оценка моральных качеств больных	средние оценки	негативная оценка моральных качеств больных	средние оценки	не оцениваются как хитрые, враждебные, эгоистичные

Окончание табл.

При- знак	Психические расстройства				
	Шизофрения	Эпилепсия	Депрессия	Фобия	Олигофрения
Социальная девиация	несоответствие поведения общепринятым стандартам поведения	средние оценки	нет оценки больных как опасных, агрессивных, наносящих вред обществу	нет оценки больных как опасных, агрессивных, наносящих вред обществу	нет оценки больных как опасных, агрессивных, наносящих вред обществу
Простота	больные оцениваются как непредсказуемые, сложные и непонятные	подчеркивается предсказуемость, понятность поведения	подчеркивается предсказуемость, понятность поведения	подчеркивается предсказуемость, понятность поведения	средние оценки
Пассивная установка	средние оценки	не отмечается слабоволия, безответственности, равнодушия, лени	низкая социальная активность	не отмечается слабоволия, безответственности, равнодушия, лени	низкая социальная активность
Необычность	болезнь как потенциал для развития способностей, необычность, гениальность	средние оценки	средние оценки	средние оценки	средние оценки

Представления о больных шизофренией как о непредсказуемых и сложных людях, поведение которых не укладывается ни в одни рамки, определенные обществом, связаны со странностью и сложностью болезни, причины которой сегодня до конца не установлены. Тайны, окружающие данную болезнь, вызывают неосознаваемый страх. Как результат, больным приписывается агрессивность, опасность, склонность к преступлению. На возникновение подобных предубеждений оказывает влияние транслируемая

СМИ информация, подчеркивающая высокую частоту совершения преступлений больными. Представления о необычности, талантливости больных шизофренией связаны с их необычным поведением, отгороженностью от мира, аутичностью. Сказывается также и наличие информации о выдающихся ученых, художниках, музыкантах, страдающих данным расстройством. Непонимание основных симптомов данного расстройства приводит к негативной моральной оценке личностных особенностей больных, а страх неопределенности заставляет респондентов использовать стереотипы, приводит к попыткам объяснить особенности поведения больных с опорой на уже известные схемы.

Отношение к больным эпилепсией отличается меньшей категоричностью, что может быть объяснено двумя причинами – незнанием общества основных проявлений эпилепсии (ее в первую очередь связывают с приступами), с одной стороны, и сложной клинической картиной болезни, что ведет к развитию эмпатии и аффилиации, – с другой [10]. Склонность подчеркивать негативный исход заболевания, невозможность улучшений, обреченность больных можно объяснить тем, что больные с тяжелой симптоматикой воспринимаются как неизлечимые.

Представления о депрессивных больных связаны с представлением о данном заболевании как о состоянии души. Возникновение депрессии ассоциируют с личностными особенностями. Враждебное отношение и моральное осуждение больных можно объяснить с позиции теории атрибутирования: причина болезненного состояния депрессивных больных кроется в личности человека, он сам виноват в возникновении своего заболевания. Приписывание больным простоты, предсказуемости поведения и, как результат, безопасности больных можно объяснить тем, что заболевания, обусловленные социальными факторами (не биогенетическими), воспринимаются как менее опасные и предсказуемые [4].

Отношение к больным с фобиями не имеет такой негативной окраски, как отношение к депрессивным больным. Это можно объяснить признанием людьми того, что страхи – распространенное явление, вследствие чего происходит сближение когнитивных репрезентаций этой категории «психически больные» и категории «нормальные люди» в сознании респондентов.

Предубеждения в отношении больных с умственной отсталостью (обреченность, глупость, низкая социальная активность, отсутствие негативной оценки моральных качеств) связаны именно с доминированием в сознании респондентов представления об умственной отсталости как о низком интеллекте. Здесь кроется механизм защиты собственной идентичности путем резкого противопоставления своей группы («мы») и группы больных («они»). Этому способствует и то, что в общем употреблении вошли такие слова, как «идиот», «олигофрен», которые приобрели самостоятельное значение, от-

личное от медицинского, и чаще используются для повышения самооценки, защиты Эго.

Чтобы установить степень прототипичности образов каждого из упомянутых психических заболеваний в отношении общей социальной категории «психически больные», проведен корреляционный анализ. Выявлены значимые слабые отрицательные связи между обобщенным образом психически больного и образом больного шизофренией по факторам «стабильность» ($r = -0,21$; $p < 0,05$) и «пассивная установка» ($r = -0,24$; $p < 0,05$), значимые умеренные положительные связи между обобщенным образом психически больного и образами больных с депрессией и фобией по факторам «враждебное отношение» ($r = 0,33$; $p < 0,05$) и «потребность в заботе» ($r = 0,31$; $p < 0,005$) соответственно. Таким образом, проведенный анализ не позволил обнаружить прототип психически больного среди выявленных в исследовании представлений студентов.

Результаты отчасти согласуются с выводами других исследователей. Прототип психически больного отсутствует у студентов-психологов, в то время как у студентов-не-психологов прототипом больного является больной шизофренией [11]. Типичным психически больным в сознании общества является больной с более тяжелой симптоматикой, неизлечимый больной, в то время как в сознании психиатров это больной с менее тяжелой симптоматикой (больной с невротическим и депрессивным расстройством) [9].

Таким образом, результаты отражают растущую в обществе дифференциацию представлений о людях, страдающих психическими заболеваниями. Эта тенденция проявляется в различном содержании и валентности социальных установок в отношении психически больных, расстройства которых имеют разные причины, течение, проявления.

Библиографические ссылки

1. Финзен, А. Психоз и стигма. – М. : Алетей, 2001.
2. Коцюбинский, А. П., Бутوما, Б. Г., Зайцев, В. В. Стигматизация и дестигматизация при психических заболеваниях // Социальная и клиническая психиатрия. – М., 1999. – № 3. – С. 9–14.
3. Quinn, D. M., Kahng, S. K., Crocker, J. Discreditable : Stigma Effects of Revealing a Mental Illness History on Test Performance // Personality and Social Psychology Bulletin. – 2004. – Vol. 30, № 7. – P. 803–815.
4. Read, J., Haslam, N., Sayce, L., Davies, E. Prejudice and schizophrenia : a review of the mental illness is an illness like any other approach // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 2006. – Vol. 114, № 2. – P. 303–318.
5. Scheffer, R. Addressing stigma : increasing public understanding of mental illness // The standing senate committee on social affairs, science and technology. 28 May, 2003.
6. Ротштейн, В. Г. Психиатрия. Наука или искусство. – Фрязино : Век 2, 2004.

7. *Бовина, И. Б.* Социальная психология здоровья и болезни. – М. : Аспект-Пресс, 2007.
8. *Смирнова, Ю. С.* Методологические и методические проблемы исследования предубеждений // Психол. журн. – 2009. – № 2. – С. 3–8.
9. *Серебряйская, А. Я.* Социально-психологические факторы стигматизации : дис. ... канд. психол. наук : 09.00.04 ; Научный центр психического здоровья РАМН. – М., 2005.
10. *Козленко, Е. А.* Особенности эмоционального отношения к пациентам у сотрудников психиатрического стационара : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.05 ; С.-Петерб. гос. ун-т. – СПб., 2008.
11. *Бовина, И. Б., Панов, М. С.* Обыденные представления о психически больных в студенческой среде // Социол. журн. – 2005. – № 3. – С. 63–71.

Смирнова Юлия Сергеевна, кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии факультета философии и социальных наук БГУ.

Позняк Светлана Владимировна, студентка факультета философии и социальных наук БГУ.